

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 93

DE LA

RARETÉ DES FIBROMES PURS DE L'UTÉRUS APRÈS LA MÉNOPAUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 9 Avril 1924

PAR

Jean-Pierre-Charles CALLEN

Né à SORE (Landes), le 6 Juin 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		CRUCHET, professeur.....	Juges.
		PERRENS, agrégé	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924 — N° 93

DE LA

RARETÉ DES FIBROMES PURS DE L'UTÉRUS APRÈS LA MÉNOPAUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 9 Avril 1924

PAR

Jean-Pierre-Charles CALLEN

Né à SORE (Landes), le 6 Juin 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	{	Président.
		CRUCHET, professeur.....		Juges.
		PERRENS, agrégé.....		
		PAPIN, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1924.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.



PROFESSEURS :

MM.

Clinique médicale.....	VERGER.
	CASSAËT.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.
	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON.
Hygiène.....	AUCHÉ.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.
Pharmacie.....	DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREULH.
Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expér.....	GUYOT.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.
Histologie.....	LACOSTE.
Physiologie.....	DELAUNAY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.
	N.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.
Chimie biologique et médicale.....	N.
	MAURIAC.
	LEURET.
	DUPÉRIÉ.
	CREYX.

MM.

Médecine générale.....	MICHELEAU.
	BONNIN.
Maladies mentales.....	PERRENS.
	ROCHER.
Chirurgie générale.....	DUVERGEY.
	PAPIN.
	JEANNENEY.
	PÉRY.
Obstétrique.....	FAUGÈRE.
Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.

Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	N.
Accouchements.....	PÉRY.
Ophtalmologie.....	CABANNES.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.

MM.

Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Chimie.....	N.
Pathologie interne.....	CREYX.
Chimie analytique.....	N.
Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

*Qui fût mon premier Maître et un
guide très précieux dans la pratique
de l'art médical : faible témoignage
de mon affectueuse reconnaissance.*

A MA MÈRE

*Hommage de ma plus filiale et de
ma plus profonde tendresse.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A TOUS MES CAMARADES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MM. LES PROFESSEURS VILLAR, CHAVANNAZ, GUYOT,
BÉGOUIN, CARLES, CASSAËT, SABRAZÈS,
PETGES, LAGRANGE.

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS DUVERGEY, PAPIN,
MAURIAC.

M. LE DOCTEUR ROCAZ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

PRÉFACE

En présentant ce travail, couronnement, de nos études médicales, nous voulons accomplir un double devoir : devoir de filiale reconnaissance à l'égard de parents qui, par l'exemple autant que par les conseils, ont orienté notre choix vers la plus honorable des professions ; devoir de déférente reconnaissance à l'égard de M. le Professeur Bégouin qui, après avoir été le bienveillant et savant inspirateur de notre thèse, nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

Dans un même hommage il nous plaît de confondre aussi les Maîtres dont nous avons suivi les fécondes leçons et les membres de notre jury, à qui nous demandons, à défaut de lauriers, la juste appréciation de notre patient effort.

Effort peu pénible, effort agréable même, à la pensée que notre sujet se rattache à une question de puissante actualité : le cancer.

On sait l'importance de la lutte mondiale entreprise contre la terrible maladie : on sait la part éminente qu'y prend l'école Bordelaise..

Et si, à la bienveillante appréciation de nos juges, s'ajoute la satisfaction d'avoir effleuré un sujet qui touche à un problème d'une si haute portée humaine et sociale, nous serons au delà récompensé.

De la rareté des Fibromes purs de l'Utérus après la Ménopause

INTRODUCTION

« La vérité n'est jamais complète.
Elle est toujours relative et la recherche
n'est jamais finie... »

(Claude BERNARD.)

Ce travail n'a pour but que d'étudier les fibromes qui se développent ou qui continuent leur évolution après la ménopause.

Le fibrome est une tumeur qui naît essentiellement pendant la période d'activité génitale de la femme. Sous l'influence de la ménopause, il s'atrophie, ou bien, comme c'est le cas le plus fréquent, il augmente de volume et prolonge parfois indéfiniment la durée de l'âge critique.

Si le fibrome naît pendant la période d'activité génitale de la femme, il est tout à fait exceptionnel, en revanche, de le voir *se développer* après la ménopause. Lorsqu'on rencontre ces tumeurs après cette époque, elles ont subi dans leur texture et leur évolution des transformations complètes.

Ce sont bien des fibromes, mais des fibromes dégénérés ou compliqués.

Le fibrome pur constituant une rareté après la ménopause, il s'ensuit que la grande majorité d'entre eux sont des *erreurs de diagnostic*. *S'il y a fibrome, celui-ci est à l'état de dégénérescence kystique, sarcomateuse, épithéliomateuse, etc.* Ce sont souvent des tumeurs qui méritent toute l'attention et tous les soins accordés à un véritable néoplasme.

Les praticiens ne sauraient trop se pénétrer de la transformation de la nature des tumeurs après l'âge critique.

Ils auront à se défier des diagnostics par trop optimistes suivis de traitements d'attente et de l'emploi des radiations ou de la curiethérapie.

Nous verrons par la suite que le seul traitement rationnel du fibrome après la ménopause consiste dans l'intervention chirurgicale.

A l'appui de notre thèse, nous avons réuni de nombreuses observations. Après les avoir présentées, nous traiterons des « erreurs de diagnostic », puis des dégénérescences et des complications » des fibromes après la ménopause.

Nous en tirerons les conclusions qui nous paraissent se dégager de cette étude en disant un mot du traitement qui nous paraît indiqué en pareil cas.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Erreurs de diagnostic.

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur BÉGOUIN.)

Epithélioma du col et du corps utérin envoyé avec le diagnostic de « fibrome ».

7 avril 1923. — E... Marie, 70 ans. Rentre dans le service pour métrorragies.

Il y a un an environ, la malade étant *ménopausée* depuis 15 ans, a commencé par présenter des pertes de sang rouges, spontanées et presque continuelles. Ces pertes étaient peu abondantes, non douloureuses, sans retentissement sur l'état général. Pendant trois ans, la malade n'a consulté personne. Il y a deux mois environ, elle est allée trouver un docteur qui a porté le diagnostic de *fibrome*. Depuis, la malade a été sujette à une hémorragie très abondante qui a duré trois à quatre jours. Après cette hémorragie, la malade a commencé à souffrir. Douleur dans la région anale, la fesse droite. Douleurs sourdes, tenaces, continuelles, nocturnes et diurnes.

Depuis, la malade a vu apparaître son col utérin à l'orifice vaginal. Prolapsus. Avant l'apparition de ce prolapsus, elle accusait déjà une sensation de pesanteur dans le bas-ventre

avec mictions plus fréquentes : ces phénomènes s'étaient manifestés depuis 6 mois environ.

Antécédents personnels. — La malade avait été réglée à 13 ans tout à fait normalement. La durée des règles était, habituellement, de 5 jours. Leur abondance absolument normale, sans aucun phénomène douloureux. Depuis, première grossesse à 29 ans, une deuxième à 31 ans, une troisième à 35 ans; toutes les trois normales : dans tous ces cas, l'accouchement avait eu lieu spontanément et sans aucune suite pathologique.

La ménopause était survenue à 50 ans. La malade a présenté les premières pertes de sang il y a un an environ.

Intervention. — Les hémorragies continuant à être abondantes, les douleurs étant à peu près continuelles, l'intervention est pratiquée.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : on tombe sur un utérus gros, sur une masse en rétroflexion et adhérente au colon sigmoïde.

Hystérectomie subtotale : reprise du moignon.

La pièce enlevée montra de la pyométrie et un *épithélioma indiscutable* confirmé ensuite microscopiquement.

OBSERVATION II

(Service de M. le Prof. VENOT. — Due à l'obligeance de M. DENIS, Interne.)

Epithélioma intracervical envoyé avec le diagnostic de « fibrome ».

Février 1923. — M^{me} X..., 50 ans, ménopausée. Malade transférée de la salle 3 dans le service de M. le Professeur Venot.

Elle était entrée à l'hôpital pour des troubles digestifs vagues. Après examen, le diagnostic de *fibrome utérin* fut porté, ce qui motiva son transat en chirurgie.

A l'interrogatoire, on ne retrouvait rien de très anormal dans ses antécédents, si ce n'est des pertes assez abondantes à type métrorragique avec caillots. Depuis pas mal de temps, cette femme ne présentait plus que quelques rares écoulements

séro-sanguinolents, irréguliers dans leur apparition et qui ne l'inquiétaient pas, bien qu'elle soit ménopausée depuis un an environ.

A l'examen, on trouvait un col utérin normal, non ulcéré, ne saignant pas, non hypertrophié : l'orifice était légèrement entr'ouvert, le corps utérin étant gros, régulier, lisse, de consistance rénitente et parfaitement mobilisable, sans phénomènes douloureux, les culs-de-sac étant libres et souples.

L'intervention est pratiquée le 31 mars 1923.

Anesthésie à l'éther.

A l'exploration, on trouve un utérus d'aspect fibromateux. Hystérectomie totale : on niveau de l'isthme utérin, les ciseaux rencontrent des tissus mous, friables et saignant, d'aspect douteux. La vessie est un peu adhérente, le rectum est libre. Hystérectomie totale avec mèches vaginales et cloisonnement vésico-sigmoïde.

Suites opératoires normales.

Examen microscopique. — *Néoplasme intracervical*. Pas d'utérus fibromateux.

Il a été pratiqué une radiothérapie profonde ultérieure dans le but de détruire les ganglions néoplasiques entourant la tumeur.

Celle-ci a cependant récidivé quelques mois après.

OBSERVATION III

(Malade envoyée dans le Service de M. le Professeur agrégé PAPIN.)

Kyste de l'ovaire pris pour un fibrome. Epithélioma par la suite.

Janvier 1924. — M^{me} Veuve P..., Marceline, 59 ans. *Ménopausée*. Entrée à l'hôpital pour pertes de sang très abondantes durant depuis deux jours.

Antécédents héréditaires. — Un frère de 78 ans, une sœur de 70 ans : tous en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais présenté de maladie sérieuse pendant son enfance. Régliée à 12 ans. Mariée à 15 ans et 3 mois. Elle a eu deux enfants : l'un est

mort de la diphtérie à 14 mois ; le deuxième est très bien portant.

La malade n'a jamais fait de fausses couches, et ses grossesses avaient été absolument normales.

La ménopause est survenue à 46 ans. Jusqu'à cette époque les règles avaient été absolument normales.

En 1918, la malade a commencé à avoir des pertes de sang rouge vermeil ; pas de pertes blanches. Quinze jours après le début de ces pertes rouges, elle a constaté l'existence d'une petite tuméfaction de la grosseur d'une noix dans l'hypogastre gauche. Les pertes ont continué ainsi pendant 3 ans, cessant 8 jours puis reprenant ensuite. La malade constatant que la tuméfaction augmentait, effrayée en même temps par l'abondance et la longue durée de ses pertes, alla consulter un médecin qui porta le diagnostic de *fibrome*.

Le docteur préconisa un traitement électrolytique et le pratiqua pendant deux ou trois mois. D'après la malade, sous l'influence de ce traitement la grosseur aurait quelque peu diminué. Le médecin l'envoya alors à Salies-de-Béarn faire une cure de 21 jours dans le but de faire « complètement fondre la tumeur ».

Au retour de Salies, l'état de la malade s'étant quelque peu amélioré, celle-ci fut envoyée à un radiologue qui, après examen, diagnostiqua également un fibrome. Il préconisa le traitement radiothérapique et commença à appliquer des Rayons X. La malade subit 15 séances de radiothérapie, dont la dernière de 80 minutes. Ce traitement la fatigua beaucoup : ne pouvant plus travailler, elle partit à Bergerac chez son frère. Dans les quelques jours qui suivirent, elle eut une crise violente d'étouffements accompagnée de vomissements, ce qui la décida à aller consulter un autre médecin qui lui aussi diagnostiqua un *fibrome*.

L'opération fut conseillée et fut pratiquée le 4 août 1922.

On se trouva en présence d'un *kyste de l'ovaire*, et il fut pratiqué l'hystérectomie subtotale.

Depuis le jour de l'opération jusqu'au mois de juillet dernier, la malade reste bien portante. Les suites opératoires avaient été très bonnes.

Au mois de juillet, une perte café au lait attira à nouveau

l'attention de celle-ci. Les pertes continuèrent dès ce moment là jusqu'à la date du 20 novembre : à ce moment, la malade eut une perte de sang rouge, non fétide. Cette perte de sang dura trois jours. Elle détermina la malade à rentrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Examen. — Bon état général.

Au-dessus du pubis et à gauche, on trouve une tuméfaction de consistance ferme ou rénitente, s'élevant à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Au toucher vaginal, on trouve un col situé contre la paroi droite du vagin. Tout le fond est rempli par une grosse masse s'étendant surtout en arrière et à gauche, se continuant très nettement avec la tumeur sentie par l'abdomen.

L'ensemble est du volume d'une tête d'enfant.

L'opération est décidée à la date du 8 janvier, par M. le Professeur Papin : il tombe sur une tumeur très adhérente à la vessie et à l'intestin et entourant de toutes parts le moignon du col. Enucléation difficile de la tumeur.

Aspect macroscopique de l'épithélioma : épithélioma probable.

Examen microscopique : épithélioma.

Fibromes réels mais dégénérés ou compliqués.

I. — Dégénérescence épithéliomateuse.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur BÉGUIN.)

Malade envoyée pour « fibrome ». Coexistence avec un épithélioma.

3 novembre 1923. — G... Léontine, 60 ans, journalière.

La malade entre à l'hôpital parce qu'elle perd du sang depuis un an et demi et souffre depuis un mois.

Antécédents. — Il y a 35 ans, première grossesse suivie d'une pelvi-péritonite. Deuxième grossesse 5 ans après, abso-

lument normale. La malade a constaté, à l'âge de 45 ans, que ses règles augmentaient de durée et d'abondance. A 47 ans, des hémorragies abondantes se sont produites avec caillots. Ces hémorragies ont duré trois semaines, forçant la malade à s'aliter. Elles étaient accompagnées de douleurs très violentes dans tout le ventre et s'irradiant également vers les cuisses. Tout par la suite rentra dans l'ordre, la malade ayant des règles normales, jusqu'à sa *ménopause* qui s'est produite à 52 ans.

Un médecin, consulté au moment où la malade présentait ces hémorragies et ces douleurs violentes, avait porté le diagnostic de *fibrome*.

Histoire de la maladie. — Retour d'âge en 1914. En 1921, se sont produites des hémorragies d'abord peu abondantes, quelques gouttes vermeilles paraît-il, puis les pertes ont augmenté obligeant la malade à se garnir. Depuis, ces pertes sont restées continuëllés avec recrudescence de temps à autre. Ces derniers temps, les pertes ont une tendance à devenir rosées mais sans être malodorantes. Elles ne provoquent pas d'érythème fessier. De plus, depuis un mois la malade présente de l'hydrorrhée. La douleur s'est installée peu à peu dans le bas-ventre, revêtant depuis quelque temps par périodes le type de coliques utérines, puisque la malade les compare aux douleurs de l'enfantement. Ces douleurs s'irradient dans les reins. Aucun phénomène vésical ou rectal, si ce n'est des mictions plus fréquentes depuis quelque temps. Depuis un an et demi, amaigrissement de 5 kilogs.

Examen. — Gros ventre étalé.

On sent une masse sus-pubienne médiane, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Un peu de matité des flancs.

Au toucher, gros utérus remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dur, mobile, douloureux.

L'examen des autres organes ne révèle rien d'anormal : le poumon, le cœur et le rein sont en excellent état.

L'hystérométrie indique une masse volumineuse, siégeant sur la paroi antérieure de l'organe, nécessitant une forte incurvation de l'instrument. La longueur de la cavité est de 12 centimètres.

L'exploration ne détermine pas un saignement particulièrement facile et ne permet pas de décèler des masses fongueuses ou friables.

Le diagnostic de *fibrome* paraît probable.

L'intervention est pratiquée.

Opération. — Hystérectomie abdominale totale. L'utérus se montre avec un fond à type fibromateux, mais la paroi latérale gauche est nettement infiltrée.

Examen histologique. — L'incision de la cavité utérine montre un *cancer mou, encéphaloïde*, circonscrit, inséré sur la partie supérieure de la paroi antéro-latérale gauche, du volume d'un œuf de dinde, et faisant saillie, pour les 4/5^e de sa sphère, dans la cavité. Au niveau de son insertion, la paroi est pénétrée et détruite presque sous la séreuse, qui n'est semble-t-il ni envahie ni perforée.

A côté, le fond utérin est occupé par un tout petit fibrome.

OBSERVATION V

(Clinique du Prof. JEANNET. — In Thèse SOULIER, 1907-08.)

Tumeur portant le diagnostic de « fibrome ». Coexistence avec un épithélioma du corps de l'utérus.

Femme de 57 ans, *ménopausée*. Entrée dans le service de M. le Professeur Jeannet.

Rien à signaler dans ses antécédents. Aucun trouble génital jusqu'à la ménopause. Celle-ci a lieu à 52 ans, sans aucun trouble.

Au bout d'un an environ, c'est-à-dire il y a 5 ans, la malade vit apparaître des pertes de sang peu abondantes mais à peu près constantes pendant dix-huit mois. Dans l'intervalle des pertes rouges il existait des pertes blanches, non odorantes, empesant le linge. La malade ne ressentait aucune douleur, pas de pesanteur dans la région hypogastrique, et n'ajoutait que peu d'importance à ces pertes, qu'elle qualifiait de « retour d'âge ».

Cependant, il y a six mois, deux métrorragies abondantes survinrent et vinrent donner l'éveil à la malade. Les pertes

continuèrent par la suite mais en diminuant en intensité. Depuis deux mois, douleurs vives ; mictions de plus en plus fréquentes, non douloureuses.

A l'examen on constatait, dépassant la symphyse pubienne, une tumeur dure, de consistance solide, assez mobile dans le sens transversal, non douloureuse à la palpation, située sur la ligne médiane. Dans la fosse iliaque gauche, une petite tumeur adhérait à la première par un pédicule assez long. Le toucher vaginal décelait un col d'aspect et de consistance normales, l'existence dans le cul-de-sac latéral gauche d'une tumeur peu mobile, non douloureuse.

L'intégrité complète des ligaments larges pour une tumeur relativement volumineuse, la présence de cette petite tumeur sur la face antérieure de l'utérus, firent porter le diagnostic de *fibrome*.

L'intervention démontra qu'il existait effectivement un fibrome à pédicule mince et qui fut extrait par simple section du pédicule; en revanche, le cul-de-sac de Douglas était rempli de *granulations néoplasiques* qui ne pouvaient que conseiller de laisser à la laparotomie un caractère simplement explorateur.

OBSERVATION VI

(Toulouse Médical, 1907. — In Thèse SOULIER.)

Malade envoyée pour « fibrome ». Coexistence avec un épithélioma.

Malade âgée de 55 ans, *ménopausée*.

Menstruation normale jusqu'à 45 ans. A cette époque, arrêt des règles. Apparition, quelque temps plus tard, d'hémorragies ayant un caractère de fréquence et une abondance inaccoutumée. Pertes rouges et pertes jaunâtres malodorantes.

Un médecin, consulté, diagnostique un *fibrome utérin* du volume d'une tête d'enfant. Il adresse sa cliente au Professeur Bauby, de Toulouse, aux fins de la faire opérer.

L'*hystérectomie abdominale* est pratiquée et montre effectivement un fibrome du corps de l'utérus, mais l'examen de la

pièce montre une cavité utérine extrêmement épaisse, d'aspect fongueux, de couleur gris jaunâtre.

L'examen histologique montra par la suite la structure désordonnée d'un *cancer épithélial* coexistant avec un fibrome.

OBSERVATION VII

(In Thèse BOUCAUD. — EHRENDORFER. — In Arch. fur Gynæk.)

Tumeur portant le diagnostic de « fibrome ». Coexistence avec un épithélioma.

R. E..., 53 ans, *ménopausée*.

Un accouchement à 32 ans. Règles toujours normales. Ménopause à 50 ans.

Depuis cette époque, écoulement abondant de sang et de mucosités. Des douleurs très vives au bas-ventre se manifestent depuis plusieurs semaines.

Femme très amaigrie, presque cachectique. A travers la paroi abdominale, on trouve une tumeur ferme, peu mobile, de la grosseur d'une tête d'enfant, plongeant profondément dans l'excavation.

Le col utérin, dilaté, laisse pénétrer l'index qui constate dans son intérieur une tumeur très légèrement mamelonnée, molle, qui est prise pour un *myome muqueux*. La grosse tumeur abdominale, nettement perçue à travers la paroi, est diagnostiquée *fibrome*.

Quelques jours après, l'hystérectomie subtotale est pratiquée.

Après avoir libéré quelques anses intestinales soudées et avoir détaché les annexes de l'utérus ainsi que le ligament rond, on extrait la volumineuse tumeur.

Trois semaines après, écoulement fétide. Le col se remplit par la suite de granulations exubérantes. Huit semaines après, le vagin est rempli par un énorme fungus qui infiltre toutes les parties voisines et gagne le périnée : mort deux mois après.

On se trouvait en réalité en présence d'un fibrome coexistant avec un *épithélioma* déjà très étendu.

OBSERVATION VIII

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, mai 1913.)

Cancer primitif du corps utérin développé dans un utérus fibromateux. Diagnostic de « fibrome » primitivement porté.

MM. Princeteau et Bousquet présentent l'observation d'une veuve L..., âgée de 57 ans, cultivatrice.

« La malade entre à l'hôpital pour des douleurs violentes du bas-ventre.

Elle avait atteint la ménopause depuis un an lorsque, en août dernier, brusquement, elle fut prise d'une violente hémorragie utérine suivie, les jours suivants, de pertes rousses et parfois d'un flux d'hydrorrhée. Depuis août, la malade a présenté d'autres métrorragies. Depuis un mois et demi environ, douleurs violentes analogues à celles de l'enfantement et irradiées vers les lombes et les cuisses. On l'examine. A noter au toucher vaginal un col mou, un peu entr'ouvert mais de volume normal, et autres signes qui font porter le diagnostic de *fibrome*.

Etat général excellent.

Opération. — Le 23 décembre, hystérectomie subtotale. L'utérus apparaît augmenté de volume. On l'ouvre et on aperçoit dans sa cavité un *cancer à forme papillomateuse*, en voie d'élimination, avec parois utérines épaisses, et, dans l'une d'elles, fibrome interstitiel du volume d'une noisette.

Cette pièce est intéressante à cause de la rareté relative des cancers primitifs du corps de l'utérus, et nous insistons sur l'erreur de notre diagnostic, car tous les signes faisaient penser à un fibrome et non à un cancer du corps. »

OBSERVATION IX

(Service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Epithélioma très malin coexistant avec un « fibrome ».

Desjardin Virginie, 64 ans, *ménopausée*.

La malade présentait depuis longtemps une tumeur diagnostiquée *fibrome utérin*.

Elle entre à l'hôpital ; ce même diagnostic est porté mais avec probable dégénérescence maligne.

Opération. — La tumeur s'accroissant et devenant douloureuse, M. le Professeur Chavannaz pratique l'hystérectomie totale.

Biopsie :

- 1° Masse fibromateuse ;
 - 2° Partie en dégénérescence dans le fibrome ;
 - 3° Masse isolée kystique d'aspect néoplasique sans rapport avec le fibrome ;
 - 4° *Epithélioma cylindrique* très envahissant qu'on retrouve dans la zone fibromateuse. C'est un épithélioma végétant à cellules cubiques et cylindriques, décrivant de vastes cavités villeuses. Il existe dans l'ovaire un foyer de même type. Il s'agit d'une tumeur épithéliale très maligne.
-

OBSERVATION X

(BOUILLY, — Société Anatomique. — In Thèse PIQUAND, 1905.)

Tumeur portant le diagnostic de « fibrome ». Coexistence avec un épithélioma.

A..., âgée de 68 ans, *ménopausée*.

Ne présente aucun symptôme indiquant une affection abdominale jusqu'à l'âge de 50 ans. Ménopause à 48 ans. A 50 ans, surviennent des métrorragies et une augmentation de volume du ventre, liés probablement à l'évolution d'une tumeur. Il y a huit mois, à ces pertes sanguines intermittentes se joint un écoulement d'un liquide rougeâtre fétide, très irritant. En même temps surviennent des douleurs.

A l'examen, tumeur régulière non fluctuante, remontant à égale distance entre le pubis et l'ombilic.

Diagnostic : fibrome utérin.

L'hystérectomie abdominale est pratiquée. A l'examen de la pièce on trouve un fibrome mais, à côté de lui et nettement séparé, on constate une infiltration cancéreuse de tout le tissu utérin. La muqueuse est ulcérée et fongueuse.

Il s'agit bien d'un *épithélioma* ayant compliqué un fibrome.

II. — Dégénérescence sarcomateuse.

OBSERVATION XI

(Communication faite à la Société Anatomique le 8 novembre 1907
par M. le Prof. LECÈNE. — In *Annales de Gynécologie*.)

*Tumeur portant le diagnostic de « fibrome » et coexistant avec
un « sarcome ».*

Femme de 50 ans. Entrée à l'hôpital pour métrorragies abondantes.

Rien d'anormal dans ses antécédents. Depuis 7 à 8 ans, les règles étaient devenues plus abondantes. En 1906: *ménopause*.

Un an après, survient une métrorragie très abondante qui dure cinq jours et affaiblit beaucoup la malade. En février 1907, apparition de coliques utérines très douloureuses qui sont suivies de l'expulsion d'un polype gros comme une petite poire. En mai et juillet 1907, nouvelles pertes sanguines abondantes. Depuis cette époque, pollakiurie.

A l'examen, on trouve par le toucher le col entr'ouvert et admettant l'extrémité du doigt : dans le cul-de-sac antérieur, on sent une masse dure se continuant par un angle obtus sur le col.

Au palper abdominal, on retrouve cette masse qui remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La consistance de cette masse est plutôt dure, mais en certains points on constate de la dépressibilité. La palpation est gênée par l'embonpoint de la malade. La masse qui occupe manifestement le corps de l'utérus est peu mobile, et les tentatives de mobilisation sont douloureuses.

Diagnostic : *fibrome utérin* compliqué de salpingite.

A l'opération, on trouve un corps utérin du volume des deux poings adhérent fortement à l'intestin grêle et au méso de l'S iliaque; ces adhérences sont très vasculaires. On extirpe l'utérus et ses annexes en faisant une castration supravaginale: mais il est impossible de tout enlever; on se contente de l'opération palliative.

La malade sort de l'hôpital au bout de 22 jours, bien portante.

A la coupe de la pièce, on voit que la paroi utérine présente:

1° Deux nodules fibromateux ;

2° Un grand nombre de nodules gris-rosés et mollasses.

L'examen histologique de ces nodules a montré qu'ils étaient formés par du *sarcome à cellules fusiformes*.

OBSERVATION XII

(In Thèse ROBIN. -- Service de M. le Professeur BÉGOUIN.)

*Fibrome en dégénérescence sarcomateuse. Diagnostic de
« fibrome » primitivement porté.*

M^{me} P..., 49 ans.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Trois enfants. Aucune fausse couche.

Les règles sont restées interrompues quelques mois. Puis des hémorragies se sont produites avec une grande abondance.

Un médecin, consulté il y a quelque temps par la malade, avait porté le diagnostic de *fibrome*.

Le début de l'affection daterait d'il y a deux ans environ. Il y a deux mois, après une perte de sang d'assez longue durée, alors que les règles s'étaient arrêtées depuis quelque temps, M^{me} P... eut des pertes blanches, qui se succédèrent ensuite chaque mois. Puis, le ventre étant devenu douloureux et les vomissements étant fréquents, la malade fut obligée de s'aliter.

Elle entra par la suite à la clinique : l'état général était mauvais. Température : 37°8.

Examen. — Tumeur abdominale allant de la fosse iliaque gauche à la région droite de l'ombilic. On perçoit à la palpation une consistance élastique. Au toucher, le corps utérin paraît reporté en arrière. L'utérus et la tumeur ne sont pas mobilisables. Au bout de quelques jours, la douleur diminue, les hémorragies disparaissent; la malade ne vomit plus. L'examen du sang montre une anémie intense.

Opération. — On pratique l'hystérectomie subtotale. On se trouve en présence d'une tumeur molle, irrégulière, de volume des deux poings réunis. Elle est difficile à isoler et à enlever. De même la section des annexes droites est laborieuse.

Examen de la pièce. — On trouve une dizaine de fibromes interstitiels, chacun du volume d'un œuf, avec un piqueté hémorragique à la périphérie. L'un d'eux présente dans son centre une substance d'aspect blanchâtre, caséeux, pas encore ramollie.

Le diagnostic histologique montre qu'il s'agit d'une *néoformation sarcomateuse*, d'un sarcome globocellulaire à petites cellules.

La malade s'affaiblit de plus en plus. Pouls rapide, filant. Elle meurt le jour de l'opération.

OBSERVATION XIII

(Due à M. P. JACQUIN. — Clinique d'Accouchements et de Gynécologie de Strasbourg.)

Fibrome en dégénérescence sarcomateuse. Diagnostic de « fibrome » primitivement porté.

M^{me} C. W..., âgée de 65 ans, multipare, ménopause à 54 ans.

Depuis un an, sensation de faiblesse, manque d'appétit, constipation. Dans les dernières semaines, tension dans le bas-ventre et douleurs pelviennes. Amaigrissement.

Examen. — La partie sous-ombilicale de l'abdomen fait saillie. On y palpe une tumeur passablement dure, non fluctuante, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, siégeant surtout du côté gauche du bas-ventre.

Au toucher, on constate que cette tumeur appartient à l'utérus dont elle ne se laisse pas délimiter. Dans la région annexielle gauche, on constate une petite tumeur dure, du volume d'une mandarine.

Diagnostic : *fibromyome de l'utérus*.

Opération le 6 janvier 1909 : laparotomie.

On trouve une grosse tumeur utérine dont la surface est perforée à un endroit par des végétations papillaires. Dans la partie supérieure du ligament large gauche, on constate une tuméfaction du volume d'un œuf d'oie. Extirpation supravaginale de l'utérus, avec les annexes et le néoplasme du paramètre gauche.

Examen macroscopique. — La tumeur a en tout le volume d'une tête d'homme. Surface irrégulièrement bosselée, de consistance inégale. Parfois très dure comme de l'os.

Examen microscopique. — La plus grande partie de la tumeur est constituée par du tissu fibro-musculaire assez dense. En se rapprochant de la zone molle, on voit des faisceaux musculaires en voie de *dégénérescence sarcomateuse*. Dans la zone molle, c'est la *nécrose complète*.

OBSERVATION XIV

(ORTHMANN. — *Centralblatt für Gynécologie*. — In Thèse VILLARD, Lyon 1905.)

*Fibrome en dégénérescence sarcomateuse. Diagnostic de
« fibrome » primitivement porté.*

Femme de 47 ans, un enfant. Ménopausée à 45 ans.

A cette époque, fatigue facile, violente oppression, douleur dans les reins.

A l'examen, on trouve dans la moitié droite de l'abdomen une tumeur grosse comme une tête d'enfant, très dure, immobile, située à côté de l'utérus repoussé à gauche.

Diagnostic : *myome droit intraligamenteux*.

Laparotomie : myomectomie, drainage, guérison.

Tumeur ronde de quinze centimètres de diamètre, composée de tissu musculaire. Au centre, îlots myxoïdes transparents qui, au microscope, sont des *points sarcomateux* à grandes alvéoles.

Vers le milieu d'octobre, la malade revient avec une récidive qui remplit toute la cavité abdominale. Les masses sarcomateuses sont enlevées.

OBSERVATION XV

(In Thèse VILLARD. — Lyon, 1905.)

Fibrome négligé en dégénérescence sarcomateuse.

Malade de 50 ans. Se présente avec un utérus volumineux à la consultation d'un de nos confrères, qui fit le diagnostic de *fibrome* et ne crut pas devoir intervenir. Ménopause bien établie.

En février, l'année suivante, la malade était incommodée par des pertes fétides abondantes qui font porter le diagnostic de fibrome (peut-être sphacélé).

Une phlébite fait remettre l'opération.

La malade succombe quelques jours après. A l'autopsie, on trouve un *myome malin* ayant perforé l'utérus et greffé sur les deux ovaires.

Examen histologique. — *Sarcome* à cellules fusiformes fasciculé.

Fibromes gangrenés et nécrobiosés.

OBSERVATION XVI (Résumée.)

(In Thèse PIQUAND, 1905.)

Fibrome gangrené. Diagnostic de « fibrome » primitivement porté.

V... Marie, âgée de 50 ans, *ménopausée*. Entre à l'hôpital avec le diagnostic de *fibrome utérin*.

Pertes de sang très abondantes et très longues. Règles à 16 ans. Deux accouchements normaux.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade a des pertes de sang très abondantes. Elle paraît très affaiblie et anémiée. Pendant quelques jours, on s'efforce de remonter la malade avec des injections de sérum artificiel.

Opération. — Hystérectomie. Suites opératoires simples : guérison.

L'examen des pièces montre un fibrome sous-muqueux du volume d'une orange. Coloration brun rougeâtre de la tumeur qui est assez ferme à la périphérie mais présente, au centre, une zone complètement ramollie, putrilagineuse, avec une cavité irrégulière pleine de détritrus semi liquides à odeur infecte, extrêmement pénétrante.

Examen histologique. — La périphérie de la tumeur est formée presque exclusivement par du tissu fibro-conjonctif.

Au niveau de la zone centrale ramollie, on voit seulement des travées fibreuses séparées les unes des autres par des amas de leucocytes graisseux et surtout par une matière molle, putrilagineuse, au milieu de laquelle on ne peut distinguer aucun élément.

En somme, *fibrome nécrobiosé à sa périphérie, sphacélé au centre.*

OBSERVATION XVII

(Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, avril 1921.)

Fibrome gangréné.

Femme de 52 ans. *Ménopausée.* N'a jamais eu le moindre trouble pendant sa vie génitale.

Elle présente une tumeur qui a été diagnostiquée *fibrome* et qui, brusquement, devient douloureuse. Après un mois d'attente, la malade ressentant des douleurs de plus en plus violentes, décide de rentrer à l'hôpital. Diagnostic de fibrome (probablement dégénéré).

L'intervention chirurgicale a permis de constater qu'il s'agissait d'un *fibrome gangréné* par nécrobiose aseptique se manifestant pour la première fois après la ménopause.

Ce fait, prétend M. Loubat, ne fait que grossir le nombre déjà élevé des fibromes qui, au lieu de régresser après la ménopause, se manifestent plutôt par des complications et des dégénérescences.

Dégénérescence œdémateuse.

OBSERVATION XVIII

(Service de M. le Professeur BÉGOUIN. — 14 janvier 1921.)

Fibrome en dégénérescence œdémateuse.

Marie M..., 50 ans. Femme de journée. Salle F, lit 19.

Malade présentant une tumeur du bas-ventre, s'accroissant régulièrement depuis six mois avec très peu de phénomènes

douloureux. La malade ressent surtout une pesanteur, quelques douleurs irradiées dans les reins et les membres inférieurs. Pas de ménorragies, ni de métrorragies. Pas d'altération de l'état général. La malade réclame une intervention à cause de l'accroissement de la tumeur qui l'inquiète. *Ménopause* il y a un an.

Examen le 17 janvier. — Tumeur hypogastrique médiane et un peu latéralisée à droite, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, arrondie, irrégulière, dure. Col normal déjeté à gauche. La tumeur paraît développée aux dépens de la face antérieure latérale droite. La transmission des mouvements ne paraît nette qu'à certains moments.

Diagnostic préopératoire : *fibrome utérin*.

Opération. — On trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant à terme, à surface inégale,

Gros fibrome surplombant l'utérus, comme un chapeau haut de forme. On pratique l'hystérectomie totale.

Examen histologique. — On trouve un *fibrome en dégénérescence œdémateuse* et mucoïde précédant la nécrose. En un point, on trouve même un foyer de nécrose très net.

OBSERVATION XIX (Résumée.)

(In Thèse HYENNE.)

Fibrome œdémateux. Diagnostic de « fibrome ».

M^{me} G..., couturière, âgée de 55 ans. Entre à l'Hôpital Saint-Joseph pour tumeur abdominale.

Antécédents. — Menstruation à 14 ans. Mariée à 20 ans. Six enfants. Accouchements normaux.

Il y a environ 5 ans, la malade est prise de métrorragies assez abondantes, accompagnées de pollakiurie avec douleur à la miction. Le traitement médical améliore la malade.

Puis les douleurs reprennent : ménorragies très abondantes au moment des règles qui durent 15 jours, mais ne sont pas douloureuses. Leucorrhée dans l'intervalle. Douleur dans l'hypogastre et les reins.

Ménopause il y a 6 ans. Les douleurs et la leucorrhée n'ont pas cessé. Métrorragies très abondantes, qui anémient la malade.

Examen clinique. — Au palper, tumeur médiane, dure, lisse, mobile, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus un peu en arrière et en bas. Les culs-de-sac droit et postérieur sont libres. Dans les culs-de-sac gauche et antérieur, on sent une tumeur arrondie ferme faisant corps avec l'utérus.

Diagnostic : *fibrome de la face antérieure de l'utérus.*

Opération. — Hystérectomie abdomino-vaginale.

Examen macroscopique. — Fibromyome de forme ovoïde présentant à sa surface quelques traînées blanchâtres fibreuses ridant le péritoine. A la coupe, aspect du fibromyome sauf en plusieurs points paraissant ramollis et infiltrés de sérosité.

Aspect microscopique. — Points ramollis à l'intérieur du fibromyome. Points très nets d'infiltration œdémateuse, et en même temps lésions de métrite interstitielle.

Dégénérescence calcaire.

OBSERVATION XX — (Résumée.)

(In Thèse HYENNE.)

Fibrome en dégénérescence calcaire. Diagnostic de « fibrome » primitivement porté.

M^{me} J..., âgée de 62 ans, *ménopausée*.

La malade présentait une tumeur diagnostiquée *fibrome*. La tumeur était peu volumineuse, causant seulement une sensation de pesanteur dans le bassin, sans accidents de compression de la vessie et du rectum.

En raison de son âge, le médecin qui la soignait ne crut pas devoir intervenir et conseilla un traitement médical.

Quelques mois plus tard, elle tomba gravement malade avec des accidents d'occlusion intestinale absolument nets : ventre ballonné, douloureux, pouls petit, quelques légers vomissements.

Le médecin appelé constata que tous ces accidents étaient provoqués par le fibrome, qui avait pris un volume considérable, s'était enclavé dans le bassin et avait une grande dureté.

Intervention par voie vaginale.

On trouva un fibrome du volume d'une tête de fœtus à terme, entièrement dur, envahi de sels calcaires dans sa totalité. Ceux-ci ne formaient pas une masse compacte mais étaient infiltrés dans le tissu du myome sous forme de grains isolés, serrés les uns contre les autres et séparés par des tractus filamenteux.

Après l'opération, le cours des matières ne se rétablit pas chez la malade : les vomissements fécaloïdes continuèrent et la malade mourut le lendemain.

Examen de la tumeur. — On reconnaît au microscope, au milieu de la tumeur fibreuse, des *placards calcaires* irréguliers, granuleux. Les placards calcaires sont entourés sur tout le pourtour par du tissu conjonctif.

CHAPITRE II

Du Diagnostic.

Des premières observations présentées dans le chapitre précédent, il nous est aisé de tirer les quelques déductions suivantes :

Beaucoup de tumeurs considérées comme des fibromes purs après la ménopause constituent des erreurs de diagnostic : en réalité, le fibrome se développe très rarement après l'âge critique. Pour notre part, nous n'avons pu retrouver un seul cas de fibrome pur s'étant développé après cette époque. Toutes les observations que nous avons rapportées sont des observations de fibromes dégénérés ou compliqués.

Les tumeurs malignes constituent, en revanche, la très grande majorité des affections utérines rencontrées après la ménopause. Cette époque est par excellence l'âge de prédilection du *cancer du corps*.

Les erreurs de diagnostic les plus fréquentes et aussi les plus graves consistent à prendre le cancer du corps pour un fibrome : or, après la ménopause le cancer se caractérise par des signes cliniques suffisamment nets pour permettre de porter un diagnostic précis.

D'éminents chirurgiens gynécologues ont, à ce sujet, formulé un véritable critère qui permet de conclure et d'agir.

Lorsque l'utérus, après la ménopause, est entré dans une phase de repos complet, tout symptôme nouveau, tout

écoulement d'apparition nouvelle doit à priori être considéré comme suspect : il faut toujours se méfier des pertes sanguines, séreuses ou purulentes survenant chez les femmes après la disparition complète de leurs règles.

« Tout utérus perdant du sang après la ménopause, dit M. le Professeur Quenu, ne fut-ce que quelques gouttes, doit être suspect de cancer à priori. »

De son côté, M. le Professeur Bégouin déclare : « Toute perte de sang après la cessation complète des règles chez la femme est presque toujours, sinon toujours, d'origine cancéreuse ».

« Après la ménopause, dit M. le Professeur Siredey, une femme ne doit perdre ni sang ni liquides suspects et, lorsque quelque perte de cette nature fait son apparition, il faut, avant tout, redouter le développement d'un cancer. »

Partant de ces données, on voit combien, pour le médecin averti, sont diminués les risques d'erreur. Il est des fibromes qui sont peut-être susceptibles de se manifester par une symptomatologie à peu près semblable mais, dans ce cas, il s'agit de fibromes à l'état de dégénérescence et, par conséquent, de tumeurs ayant été déjà diagnostiquées dans la majorité des cas.

Du reste, une erreur de diagnostic, put-elle exister même en faveur du fibrome dégénéré, les conséquences pour la malade n'en seraient pas autrement désastreuses puisque le traitement de choix, aussi bien pour le fibrome dégénéré que pour le cancer, est une intervention chirurgicale. •

Si l'épithélioma de l'utérus est l'affection que l'on rencontre avec le plus de fréquence après l'âge critique, elle n'est, cependant, pas la seule. Certaines autres peuvent en imposer pour un fibrome.

Dans nos observations, nous avons rapporté en particulier un exemple de *kyste de l'ovaire* pris pour un myome. En réalité, ce diagnostic est parfois fort difficile et un myome

en dégénérescence kystique peut fort bien simuler un kyste de l'ovaire. Ce dernier adhérent parfois à l'utérus, et les mouvements qu'on lui imprime se communiquant au col, peut parfaitement simuler une tumeur nettement dépendante de l'utérus. Les cas difficiles ne sont cependant pas la généralité, et le plus souvent la constatation des rapports avec la tumeur permet d'aiguiller le diagnostic.

Mais, là encore, il ne s'agit pas de distinguer le fibrome primitif exceptionnel après la ménopause du kyste de l'ovaire. Il importe de différencier le kyste de l'ovaire du fibrome plus ou moins dégénéré ; or, dans les deux cas, un même traitement chirurgical s'impose, consistant dans l'extirpation complète de la tumeur.

Le diagnostic de fibrome peut également, être porté, alors que la malade est atteinte de *métrite sénile*. Il est certain qu'un utérus métritique se manifestant cliniquement par des hémorragies, augmentation de volume de l'organe, peut parfois en imposer pour un fibrome : mais, dans ce cas, la métrite aura été presque toujours reconnue avant la ménopause. De plus, il est rare que les pertes sanguines, se manifestant souvent avec grande abondance au moment de l'âge critique, continuent à se produire par la suite.

Nous ne voulons pas nous étendre davantage sur ce diagnostic de métrite sénile ; nous ne nous arrêterons pas non plus à celui du pyosalpinx pouvant éventuellement se produire après la ménopause. Tous ces cas ne font que diminuer le nombre des fibromes que l'on peut prétendre rencontrer après la cessation complète des règles chez la femme. D'ailleurs, ces affections ont une symptomatologie entièrement différente de celle du myome pur.

En réalité, lorsque après la ménopause bien établie, l'attention du praticien est mise en éveil par quelques signes cliniques spéciaux, aussi légers soient-ils, comme des pertes, des hémorragies, il est un diagnostic qui s'impose d'emblée : *celui d'épithélioma*.

Le fibrome pur, si l'on admet qu'il puisse exister, ne se manifeste jamais par des hémorragies après la ménopause. Seul le fibrome dégénéré peut provoquer une symptomatologie à peu près semblable ; mais, dans ce cas, il aura déjà commencé à se manifester depuis une période de temps plus ou moins longue et comportera d'ailleurs souvent un pronostic aussi sombre que celui de l'épithélioma lui-même.

Il est préférable d'ailleurs de porter le faux diagnostic de cancer pour une métrite sénile ou un pyosalpinx que de laisser celui-ci évoluer et entraîner une terminaison fatale. Le jour où par extraordinaire il arrivera d'enlever chez une femme âgée un utérus atteint seulement de métrite hémorragique, les regrets devront être médiocres : d'autant plus qu'on aura supprimé un organe malade dont la vie physiologique est terminée.

CHAPITRE III

Fibromes en dégénérescence.

Dans notre thèse, nous avons rapporté de nombreuses observations de fibromes dont les complications et les dégénérescences n'avaient pas été diagnostiquées.

Nous n'avons pas l'intention d'aborder en détail l'étude des dégénérescences et des complications de ces tumeurs après la ménopause. Ce serait là œuvre trop facile dépassant le cadre que nous nous sommes fixés, et nous risquerions de traiter une question déjà fréquemment abordée par de nombreux auteurs.

Nous voulons simplement insister, dans ce chapitre, sur ce fait que presque tous les fibromes après la ménopause sont dégénérés, et indiquer brièvement les signes qui, en permettant de reconnaître ces complications, nous permettent aussi d'en faire le diagnostic précoce. Nous verrons par la suite toute l'importance qui peut en résulter au point de vue du traitement.

Les dégénérescences des fibromes peuvent certes se produire à toute période de la vie génitale, et les exemples n'en sont pas exceptionnels ; toutefois, en consultant les statistiques, on remarque que ces lésions se retrouvent avec une régularité quasi constante soit aux environs de la ménopause, soit après. La prédominance de ces troubles n'a rien qui doive nous surprendre: c'est à cet âge qu'apparaissent les tumeurs de tout genre dans l'organisme. La

vascularisation, la nutrition de l'utérus est troublée à ce moment là, il se produit une sclérose plus ou moins marquée des vaisseaux utérins empêchant la nutrition du fibrome. L'apport insuffisant de suc nourricier aboutit à la mort du tissu noble musculaire qui se transforme en tissu graisseux ou en tissu fibreux ou se charge de sels calcaires. Tous ces troubles circulatoires ont également pour action d'influer sur le métabolisme cellulaire, nous expliquant l'apparition du sarcome. De même ces troubles peuvent éveiller l'activité des cellules jusque là muettes : ces cellules, en proliférant activement, donnent naissance à l'épithélioma. La suppression complète du sang artériel au niveau du fibrome explique enfin la nécrobiose, la suppuration lorsque la tumeur s'infecte, et la gangrène qui en est la conséquence.

Après cette esquisse rapide des principales dégénérescences et complications des fibromes, il nous apparaît qu'elles peuvent être divisées en deux groupes : 1° celles qui sont *bénignes* ; 2° celles qui sont *malignes*.

A vrai dire, toutes ces complications sont susceptibles de malignité après la ménopause. Cependant, tandis que les unes sont toujours fort graves et se manifestent par une symptomatologie spéciale qu'il faut bien connaître, les autres ne présentent dans la majorité des cas que des signes cliniques atténués.

Les fibromes se développant où se manifestant cliniquement après l'âge critique présentent dans la grande majorité des cas des caractères absolument nouveaux bien différents de ceux du fibrome évoluant pendant la période d'activité génitale de la femme. Ils se manifestent par une symptomatologie spéciale que nous allons maintenant envisager.

Les fibromes à dégénérescence bénigne ne nous arrêteront pas longtemps. Il nous paraît cependant utile de rappeler les principaux symptômes qui permettent parfois

de porter un diagnostic exact ou tout au moins de soupçonner l'évolution de ces tumeurs.

En premier lieu, la *dégénérescence fibreuse* ne se traduit guère dans la plupart des cas que par une augmentation de la douleur, une sensation de lourdeur, de gêne dans le bas-ventre : les règles peuvent exceptionnellement reprendre. Ces troubles sont cependant peu marqués, à moins qu'une infection ne vienne subitement aggraver le pronostic en produisant des symptômes plus manifestes.

La *dégénérescence œdémateuse* est surtout caractérisée par l'augmentation de volume de la tumeur et son ramollissement. Une tumeur fibromateuse depuis longtemps stationnaire se met brusquement à grossir, pouvant acquérir un volume considérable. Des métrorragies viennent parfois se joindre à la scène : on peut avoir des troubles urinaires par compression de même que des troubles gastriques, mais le diagnostic s'appuiera surtout sur l'augmentation brusque de la tumeur.

La *dégénérescence calcaire* frappe également les fibromyomes. Elle apparaît avec prédilection vers l'âge de 40 ans, mais peut se produire aussi avec une fréquence relative après la ménopause. Des dépôts de granulations calcaires infiltrent le tissu du fibrome. Cette infiltration calcaire reste parfois muette, mais le plus souvent un ensemble de petits signes permettent de porter le diagnostic : ce sont les douleurs, les tiraillements résultant du poids de la tumeur, les troubles de compression, les pertes de sang, parfois et surtout une leucorrhée fortement abondante. La suppuration complète fréquemment la calcification.

Nous avons jusqu'à présent considéré les principales dégénérescences bénignes des fibromes, celles qui sont les moins importantes. Il en est d'autres dont le caractère malin est très accentué. Ce sont, ou bien des myomes qui

par leurs complications graves comme la nécrobiose ou la gangrène peuvent entraîner rapidement la mort, ou bien des tumeurs fibromateuses compliquées de sarcome ou d'épithélioma. Après la ménopause, ces dégénérescences sont fréquentes. Leur pronostic est d'une gravité exceptionnelle : ce ne sont plus des fibromes mais, le plus souvent, des cancers à marche extrêmement rapide et réclamant une intervention chirurgicale immédiate.

D'ailleurs, si le fibrome à dégénérescence bénigne ne se manifeste souvent que par une symptomatologie atténuée dans la grande majorité des cas, il est possible de diagnostiquer le fibrome malin après la ménopause. Certains signes cliniques spéciaux viennent en effet attirer l'attention du praticien averti.

Si elles ne sont pas absolument fréquentes, *les dégénérescences télangiectasiques et la nécrobiose* des fibromes utérins donnent lieu à une symptomatologie spéciale permettant tout au moins de les soupçonner et d'intervenir en conséquence.

Dans la *dégénérescence télangiectasique*, la tumeur, souvent stationnaire, croît tout à coup rapidement et change de consistance ; la tumeur devient molle et même fluctuante. D'après Wirchow, un signe caractéristique serait un notable changement de volume de la tumeur à des intervalles très courts. Il se produit par la suite des troubles de compression, œdème des membres inférieurs, dilatation du cœur. La cachexie s'installe, évoluant assez rapidement.

Les traités classiques ne consacrent que quelques lignes à la description de la *nécrobiose des fibromes*. Il est aujourd'hui prouvé que sa fréquence est relative après la ménopause. Des travaux multiples, parmi lesquels on doit citer ceux de Quénu, Tédénat, Pozzi, Chavannaz et Nadal, Bégouin, Delbet, Bardou, ont mis la question au point.

Ces fibromes nécrobiosés sont des fibromes de couleur « lie de vin » ou « hortensia » se traduisant lorsque le

tableau clinique est au complet par : 1° de la douleur ; 2° une augmentation brusque du volume de la tumeur, coïncidant avec une diminution de sa consistance ; 3° une altération de l'état général.

Le diagnostic est très difficile dans les formes frustes. Cependant, la douleur à la pression sur le fibrome et son ramollissement doivent faire penser à une altération et très probablement à de la nécrobiose. (Bégouin. — La nécrobiose des fibromes utérins. — *Paris Médic.*, juin 1922.) Le pronostic tient à la précocité relative de l'intervention chirurgicale. Si le diagnostic n'est pas fait, il se produit au niveau de la tumeur une résorption des produits toxiques résultant de la mort cellulaire, entraînant de l'œdème, de la dyspnée et de l'épuisement général. La suppuration des masses sphacélées s'ensuit, suivie de cachexie.

La suppuration des myomes est rare. Toutes les dégénérescences peuvent l'entraîner. Dans ce cas, il y a fièvre peu élevée au début puis revêtant la forme septicémique. La mort s'ensuit rapidement.

Cette rapide revue des premières complications graves des myomes terminée, nous allons aborder l'étude de leurs transformations les plus malignes. Nous insisterons davantage sur ces transformations vu qu'elles comportent un pronostic aussi sombre que celui du cancer lui-même.

La dégénérescence sarcomateuse est la première de ces complications graves. Les observations en sont peu nombreuses (Piquand, 3 % des cas ; Bégouin, 5 % des cas). Elle est d'ailleurs rarement pure, étant le plus souvent associée à la dégénérescence œdémateuse et kystique. Après une période souvent fort longue de développement lent, la tumeur augmente rapidement de volume, sa consistance change et les symptômes fonctionnels s'aggravent. Le signe le plus important est l'accroissement rapide de la tumeur qui se développe inégalement. En même temps, on constate à l'inspection une déformation du ventre, de l'œdème, parfois de gros lascis veineux

sous-cutanés, tandis que la palpation permet de constater la présence de masses ramollies ou dures ou fluctuantes par places. La muqueuse utérine saigne, accompagnée de leucorrhée fétide. La malade faiblit ; douleurs par compression, essoufflement, palpitations. »

La malade succombe avec des métastases pulmonaires et hépatiques : le drame se joue en deux ans environ.

En somme, le développement rapide d'un fibrome après la ménopause, l'apparition de pertes abondantes, de troubles variés, doit immédiatement faire penser à un myome en dégénérescence sarcomateuse. L'erreur ne peut se produire qu'avec des tumeurs de même nature, comportant le même pronostic et la même thérapeutique, nous voulons parler de la *dégénérescence épithéliomateuse*.

Ce terme comprend l'envahissement du fibrome par un épithélioma voisin, bien qu'il existe des observations admettant la possibilité du développement d'un épithélioma primitif dans les fibromyomes utérins. Il n'y a pas de transformation directe en éléments épithéliaux de cellules formant le fibromyome, mais il faut admettre pour expliquer ces dégénérescences qu'il y a dans le tissu fibromyomateux des éléments épithéliaux susceptibles de se développer, de proliférer et de produire ainsi une tumeur maligne.

Nous avons rapporté de nombreuses observations de cancers compliquant ces tumeurs portant ce seul diagnostic de « fibrome ». Ces observations sont relativement fréquentes. *Si le cancer du corps normal est rare, il est assez fréquent en coexistence avec des fibromyomes* (Jacobs, Le Bec, Bouilly : 16 %).

On admet généralement que l'existence d'un fibrome favorise l'éclosion d'un cancer du corps de l'utérus. Le fibrome entraînant, par l'endométrite glandulaire qu'il provoque, une irritation continue de la muqueuse utérine, il y a formation d'adénomes typiques puis atypiques : leur transformation en carcinome est facile. Dans ce cas, des

symptômes spéciaux attirent presque toujours l'attention : ce sont des pertes sanguines, pouvant devenir continues, faisant place à des écoulements fétides et permanents ; les douleurs sont vives par la suite, s'accompagnant de troubles digestifs et d'amaigrissement. En somme, tous les signes d'un cancer indiscutable et d'un pronostic aussi grave que celui de l'épithélioma du corps utérin.

Ces fibromes dégénérés ne sont donc que de véritables cancers à évolution parfois extrêmement rapide. Il suffit que la malade n'attache pas une importance suffisante aux pertes de sang auxquelles elle est sujette ou que le médecin ne tienne aucun compte de cette symptomatologie si spéciale, pour que la tumeur continue à évoluer et devienne bientôt inopérable.

En réalité, pour tout fibrome continuant à croître après la ménopause ou même paraissant ne subir aucune évolution, tout *symptôme spécial doit immédiatement attirer l'attention*. Non seulement le fibrome préexiste dans la majorité des cas après la ménopause, mais de plus il dégénère ou se complique presque toujours.

Ce serait une faute grave que de compter sur sa régression spontanée ou de continuer à le classer dans la catégorie des tumeurs bénignes.

Bien au contraire, toute tumeur naissant ou se manifestant cliniquement après la ménopause, doit à priori être suspecte de malignité. Aussi, après cette époque, en présence de tout utérus fibromateux, ne doit-on porter ce seul diagnostic de « fibrome » qu'avec une extrême réserve. Tout symptôme spécial doit faire suspecter une dégénérescence ou une complication.

Il sera nécessaire de faire pratiquer une biopsie en face d'un diagnostic hésitant, ou tout au moins faire examiner la malade par un chirurgien compétent.

CHAPITRE IV

Résumé et Traitement.

Nous croyons pouvoir résumer les chapitres précédents en disant tout d'abord que le fibrome après la ménopause existe très rarement à l'état pur. S'il existe, c'est à l'état de dégénérescence kystique, fibreuse, sarcomateuse, épithéliomateuse, etc.

Parmi les tumeurs qui se développent dans l'utérus après la ménopause, le cancer est de beaucoup le plus fréquent. Tout symptôme spécial, toute perte de sang doit à priori éveiller l'idée de cancer après cette époque. S'il y a fibrome, celui-ci n'est pas pur mais a subi dans sa texture et son évolution des transformations complètes.

La grande majorité des tumeurs rencontrées après la ménopause comportent un pronostic de gravité que l'on ne saurait nier. Aussi le diagnostic doit-il en être aussi précis et aussi précoce que possible et comporter le traitement que nous allons dès maintenant envisager.

Traitement.

Le traitement des fibromyomes doit être envisagé d'une façon entièrement différente avant et après la ménopause. Ceci se conçoit aisément vu que après la ménopause les fibromes ont subi des transformations complètes et comportent un pronostic beaucoup plus sérieux dans la grande majorité des cas.

Si la *radiothérapie* est susceptible d'agir parfois efficacement sur des fibromes purs, avant la ménopause et sur ceux là seulement, il ne saurait en être de même pour les fibromes dégénérés ou compliqués évoluant après l'âge critique. De nombreux chirurgiens ont observé des cas très nets de cancers greffés sur des fibromes après leur traitement par la radiothérapie. Il semble difficile de nier, en effet, qu'il y ait une relation étroite entre la radiothérapie et ces cancers. Bien des radiologues ne savent que trop que les Rayons X peuvent produire des cancers, et en ont fait la triste expérience. A la suite de l'application de ces Rayons, il y a dans la majorité des cas excitation cellulaire entraînant une prolifération intense des cellules cancéreuses et une évolution maligne extrêmement rapide. Si les radiations à doses suffisantes sont capables de tuer les cellules cancéreuses, elle affaiblissent en même temps la résistance des autres tissus. Ceux-ci se défendent moins bien contre l'envahissement des cellules néoplasiques, et si quelques-unes de celles-ci ont échappé à l'action destructive des Rayons, quand elles se remettent à proliférer, l'extension du néoplasme peut être beaucoup plus rapide.

Malgré les résultats impressionnants obtenus par certains radiologues, et par Bécclère en particulier, il semble que des *résultats certains* n'aient été obtenus que pour les fibromes purs, avant la ménopause.

Dans la grande majorité des cas, après cette époque l'application des radiations sur des fibromes dégénérés ou compliqués n'a agi que tout à fait transitoirement. Bien plus, elle a parfois complètement transformé ces tumeurs alors qu'elles ne présentaient aucun signe de malignité. Enfin les radiations ne sauraient être appliquées dans le cas de fibromes compliqués de sarcome ou de cancer, car elles risquent de les rendre très rapidement inopérables par la prolifération cellulaire intense qu'elles entraînent dans la majorité des cas.

La curiethérapie (radium) a donné des résultats plus certains. Musso (1921) prétend même, dans sa thèse, avoir eu des succès constants. Ce mode de traitement présente cependant à peu près les mêmes dangers que la radiothérapie. Il ne saurait constituer un mode de traitement absolument efficace pour la majorité des fibromes dégénérés ou compliqués. Le radium, pas plus que les Rayons X, ne saurait en effet être employé dans le cas de fibromes nécrobiosés, gangrenés, en dégénérescence calcaire, etc...

A l'heure actuelle, dans notre cas particulier, les Rayons X et le radium sont considérés comme **des traitements aveugles** qu'il faut rejeter dans la grande majorité des cas.

Ces traitements ne sauraient remplacer l'exploration chirurgicale et l'intervention raisonnée. L'accord semble avoir été fait parmi les chirurgiens, et des maîtres éminents comme MM. Billard, Bérard, Tixier, Condamin, Gouilloud, Bégouin préconisent tous *l'intervention chirurgicale*.

Le seul mode de traitement du fibrome après la ménopause doit donc consister, à l'heure actuelle, dans l'intervention chirurgicale. Les résultats seront d'autant plus sûrs que le diagnostic aura été plus précoce, et même des cas en apparence désespérés donneront les plus inattendus succès opératoires.

CONCLUSIONS

- I. — Le fibrome pur ne se développe que très rarement dans l'utérus après la ménopause.
- II. — S'il y a fibrome, celui-ci est presque toujours dégénéré ou compliqué.
- III. — Le plus souvent, il s'agit d'une tumeur maligne, d'un cancer du corps ordinairement.
- IV. — Le traitement du fibrome qui détermine des troubles après la ménopause ne doit être ni la radiothérapie ni la curiethérapie.

Seule l'intervention chirurgicale est indiquée.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,
G. BÉGOUIN.

Vu :

Le Doyen,
C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER .

Bordeaux, le 21 Mars 1924.

Le Recteur de l'Académie
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BAHRI. — Contribution à l'étude des dégénérescences malignes dans les fibromyomes utérins. (Thèse Lyon, 1894-95.)
- BOUCAUD. — De la coexistence des fibromes et de l'épithélioma de l'utérus. (Thèse de Bordeaux, 1897-98.)
- BÉGOVIN. — Cancer du corps compliquant un fibrome. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1921.)
- Danger de la radiothérapie dans les fibromes utérins. (*Gazette hebdomadaire de la Société de Médecine de Bordeaux*, 1913.)
- La nécrobiose des fibromes utérins. (*Paris Médical*, 1922, p. 503-506.)
- Cancer du corps utérin après radiothérapie pour fibrome. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1920.)
- BÉCLÈRE. — La radiothérapie des fibromyomes utérins. Résultats, mode d'action et indications d'après une statistique de 400 observations personnelles. (*Journal de Radiologie et d'Elect. de Paris*, 1918-19.)
- BLAND-SUTTON. — Two cases illustrating changes in fibroids after menopause. (*Tr. Soc. Obst.*, London 1903-04.)
- CAZIN. — De la dégénérescence des fibromes utérins et des conséquences que l'on doit en retirer au point de vue thérapeutique. (*Bulletin et Mémoire de la Société de Médecine de Paris*, séance du 9 avril 1920.)
- CASE. — Comparison of the operative and radiotherapeutic treatment of uterine myomes. (*Surg. Clin.*, Chicago 1917, p. 579-593.)

- CHARBEIRE. — Myomes et ménopause. Atrophie. Dégénérescences malignes. Indications. (Thèse de Montpellier, 1906-1907.)
- COFFIN. — Etude sur les complications des fibromes de l'utérus. (Thèse de Paris, 1898-99.)
- COCHERET. — De la valeur des métrorragies après la ménopause comme signe de cancer de l'utérus et indications de l'hystérectomie. (Thèse de Paris, 1909-10.)
- DARTIGUES. — Le fibrome utérin cause de mort. (*Revue Française de Gynécol. et Obstét.*, Paris 1923, p. 65-86.)
- DUVERGEY. — Sphacèle de l'utérus consécutif à un gros fibrome utérin sphacélé guéri par l'hystérectomie. (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, juin 1920.)
- EVANS. — Malignant myomata. Repert of 72 cases in a series of 72 opérations. (*Surgery Gynecology and Obstet.*, Chicago 1920.)
- EICHLER. — Über die complication von fibromyomen, mit adenocarcinoma corpori uteri. (*Mün. Med.*, 1902, 2567.)
- FRANCHOMME. — Notes sur un cas de fibrome mou de l'utérus simulant un kyste de l'ovaire. (*Journal de la Société Médicale de Lille*, 1895, p. 580-584.)
- FORDYCE (W.). — Fibroid tumours of uterins removed per special symptômes after menopause. (*Tr. Edinb. Obs. Soc.*, 1907-08, xxx lü 64.)
- JONHSON. — The growth of fibroid tumors of uterus after the menopause. (*Am. J. Obst.*, New-York, 1891, xxiv.)
- GOULLAUD. — Tumeur pédiculée végétante de la cavité utérine après la ménopause. (*Lyon Médical*, 1913, xx, 800-03.)
- HAMANT. — L'évolution des fibromyomes utérins à la ménopause. Dégénérescence, complications. (*Revue Méd. de l'Est*, Nancy 1920.)
- HARTMANN. — Quelques considérations statistiques sur l'âge des femmes atteintes : 1° de fibromes utérins; 2° de cancers utérins. Coïncidence du cancer et du fibromyome utérin. (*Annales de Gynécologie et d'Obstét.*, Paris 1918, p. 40-47.)

- GUILLAUME. — Fibrome et cancer de l'utérus. (*Bulletin et Mémoire de la Société Anatomique de Paris*, 1919, lxxxix 380.)
- HAMANT et VERMELIN. — Fibrome utérin et épithélioma. (*Bull. de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, 1921, p. 321-324.)
- GUILLAUME. — Le myome utérin à la ménopause. (Thèse de Lyon, 1910-11.)
- GUYOT et JEANNENEY. — Volumineux fibrome. Echec de la radiothérapie. (*Gazette hebdomadaire de la Société de Médecine de Bordeaux*, 1922, xliii 128.)
- LAFONT. — De la dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes de l'utérus. (Thèse de Bordeaux, 1901-02.)
- LOUBAT. — Gangrène d'un fibrome utérin après la ménopause. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1921.)
- LORIN. — La dégénérescence calcaire des fibromyomes de l'utérus. (*Revue Française de Gynécologie et Obstét.*, Paris, 1921, p. 79-84.)
- LEDoux-LEBARD. — La radiothérapie des fibromes utérins et des métrorragies. (*Paris Méd.*, 1918, xx viii, p. 168-71.)
- MIGINIAC et GIROU. — Myome œdémateux de l'utérus en voie de transformation sarcomateuse. (*Bulletin et Mémoire de la Société Anatomique de Paris*, 1913.)
- NADAL. — Fibromyome utérin calcifié. Mécanisme de la dégénérescence calcaire. (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale de Paris*, 1913.)
- MORNARD. — Trois observations de cancers à évolution extrêmement rapide greffés sur des fibromes utérins au cours de leur traitement par la radiothérapie. (*Bull. et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 1919.)
- MUSO. — La radiumthérapie des fibromyomes utérins. (Thèse de Lyon, 1920-21.)
- MUNDT (Richard). — Ueber carcinoment wickling in fibromyomen der uterus. (*Braunschwig*, 1901, 8 Tüb. med., 473.)
- PIQUANT. — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. (Thèse de Paris, 1905.)

- PAULHIAC. — Contribution à l'étude de la transformation sarcomateuse des fibromes de l'utérus. (Thèse de Bordeaux, 1920.)
- PRINCETEAU et BOUSQUET. — Cancer primitif du corps utérin développé dans un utérus fibromateux. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1913, p. 284.)
- REVERDIN. — Coexistence dans le même corps utérin d'un fibrome et d'un carcinome. (*Swutg. Med. Wehuschr Basel*, 1922, p. 375.)
- ROUFFART. — Des accidents dus à la présence des fibromes après la ménopause. (*Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*, Bruxelles 1910.)
- SOULIER. — Etude sur la coexistence du fibrome et du cancer épithélial de l'utérus. (Thèse de Toulouse, 1907-08.)
- SUTTON. — On the peril and complications of fibroids after menopause. (*Lancet London*, 1903, i.)
- TEDENAT. — Suppuration des myomes utérins. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, 1922, p. 542-547.)
- VILLARD. — Du myome malin de l'utérus. (Thèse de Lyon, 1904-05.)
- VIALLE. — Contribution à l'étude des fibromes utérins. (Thèse de Montpellier, 1912-13.)
- WEISS et HAMANT. — Transformation des fibromes à la ménopause. Trois cas de dégénérescence sarcomateuse. (*Revue Médicale de l'Est*, Nancy 1919.)
- ZALIDES. — Contribution à l'étude de la coexistence des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire. (Thèse de Bordeaux, 1898-99.)
- Gynécologie et Obstétrique, 1921. — Sarcomes et myomes malins de l'utérus.
-



